

分为无法控制,5 分为无法安静,不低于 3 分为躁动。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 数据处理软件,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,进行 t 检验,计数资料以 % 表示,进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿麻醉后躁动情况比较 观察组患儿苏醒期躁动发生率、躁动评分及持续时间均低于对照组, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患儿麻醉后躁动情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	躁动发生率 (%)	躁动评分 (分)	躁动持续时间 (min)
观察组	24	4 (16.67)*	1.3 ± 0.5*	7.6 ± 2.1*
对照组	24	9 (37.50)	2.3 ± 0.9	9.6 ± 2.3

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组患儿各时点 VAS 和 Ramsay 评分比较 观察组患儿各时点 VAS 和 Ramsay 评分显著优于对照组, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患儿各时点 VAS 和 Ramsay 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	VAS	Ramsay
观察组	24	T _{1/2}	2.3 ± 0.4*	3.1 ± 1.6*
		T ₁	2.2 ± 0.5*	2.7 ± 2.0*
对照组	24	T _{1/2}	2.9 ± 0.4	4.6 ± 0.5
		T ₁	2.8 ± 1.7	4.7 ± 0.8

注:T_{1/2}:拔出喉罩时;T₁:滴鼻结束后 5 min;与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

躁动会增加机体耗氧量,同时可引发心律失常、交感神经兴奋,大大增加监测和护理的难度,导致患儿苏醒时间延长,增加意外事件和麻醉风险的发生率,严重影响患儿生理、心理健康^[3]。有研究显示^[4],小儿采用七氟烷麻醉,其药物可短暂影响大脑兴奋

和抑制系统之间的平衡状态,导致患儿在苏醒期发生躁动。右美托咪定可降低手术期间心率变异性 (HRV),维持稳定的血流动力学状态,可能是因为右美托咪定能抑制去甲肾上腺素的合成过程,减少去甲肾上腺素产生^[5]。其次,右美托咪定在一定程度上可激活大脑组织中呈睡眠状态的蓝斑核,进而发挥镇静作用^[6]。此外,右美托咪定可协同其他麻醉药物发挥镇静作用,从而减小麻醉给药剂量,减少应激反应发生率^[7]。

本研究结果显示,观察组患儿苏醒期躁动发生率、躁动评分及持续时间均低于对照组,各时点 VAS 和 Ramsay 评分显著优于对照组 ($P < 0.05$)。说明右美托咪定具有一定的有效性与安全性。综上所述,七氟烷麻醉患儿苏醒期给予小剂量右美托咪定滴鼻,可有效避免苏醒期躁动发生,改善患儿不同时点的 VAS 和 Ramsay 评分,值得临床应用。

参考文献

- [1]周娅梅,刘媛,周根芝,等.小剂量右美托咪定滴鼻预防小儿七氟烷麻醉苏醒期躁动 60 例[J].中国药业,2013,22(11):27-28
- [2]石念军,张维霞,张昊,等.右美托咪定对小儿全凭静脉麻醉苏醒期躁动的影响[J].中华实验外科杂志,2013,30(12):2736-2737
- [3]王春艳,杨鸿儒,姚怡,等.3 种静脉麻醉药物对小儿七氟烷麻醉苏醒期躁动的影响[J].中国现代医学杂志,2011,21(4):497-499
- [4]孟庆涛,夏中元,李维,等.右美托咪定治疗扁桃体切除术后患儿苏醒期躁动的临床效果观察[J].热带医学杂志,2013,13(8):985-988
- [5]马立靖,马琛,李冬梅,等.预注右美托咪定的镇静效应及其对全麻患者气管插管反应的影响[J].临床麻醉学杂志,2012,28(7):637-639
- [6]杨洪涛.右美托咪定在 ICU 的应用进展[J].中国伤残医学,2015,23(1):216-217
- [7]赵京伟,韩雪萍.麻醉诱导期右美托咪定滴鼻在患儿中的镇静及躁动研究[J].医学与哲学,2014,35(12B):50-52

(收稿日期:2017-08-12)

扶正消癥汤合 FOLFOX6 化疗对中晚期胃癌生活质量的影响

张云瑞

(河南省开封市中医院肿瘤科 开封 475000)

摘要: 目的:探讨自拟扶正消癥汤联合 FOLFOX6 方案化疗对中晚期胃癌患者生活质量的影响。方法:选取 2015 年 1 月~2016 年 12 月我院收治的中晚期胃癌患者 72 例,随机分为对照组和研究组各 36 例。对照组采用 FOLFOX6 方案化疗,研究组采用自拟扶正消癥汤联合 FOLFOX6 方案化疗。比较两组治疗效果以及生活质量评分。结果:研究组治疗总有效率显著高于对照组,生命质量评分低于对照组 ($P < 0.05$)。结论:中晚期胃癌患者应用自拟扶正消癥汤联合 FOLFOX6 方案化疗,可明显提高临床治疗效果,改善患者生命质量。

关键词: 中晚期胃癌;FOLFOX6 方案化疗;扶正消癥汤

中图分类号:R735.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.050

胃癌为我国常见的恶性肿瘤之一,患病率较高,国内每年患病人数约为全球患病人数的 1/3。多数胃癌患者早期症状并不明显,确诊时已处于中晚期。化疗是临床治疗中晚期胃癌的重要方法,可有效缓解患者临床症状,延长生存期。但随着大量化疗药

物的使用,部分肿瘤患者产生多药耐药性,从而影响治疗效果。近年来,中医在中晚期胃癌治疗中积累了大量的经验,引起人们的高度关注。本研究旨在探讨自拟扶正消癥汤联合 FOLFOX6 方案化疗治疗中晚期胃癌的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 7 月~2016 年 12 月我院收治的中晚期胃癌患者 72 例,随机分为对照组和研究组各 36 例。研究组:男 25 例,女 11 例;年龄 38~78 岁,平均年龄(62.5±5.8)岁;肿瘤分期:Ⅲ期 14 例,Ⅳ期 22 例。对照组:男 23 例,女 13 例;年龄 37~76 岁,平均年龄(62.2±5.4)岁;肿瘤分期:Ⅲ期 16 例,Ⅳ期 20 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义, $P<0.05$,具有可比性。

1.2 方法 对照组采用 FOLFOX6 方案化疗。给予 85 mg/m² 奥沙利铂(国药准字 H20000337)静滴,3 h,第 1 天;200 mg/m² 亚叶酸钙(国药准字 H20000418)静滴,2 h,第 1 天;400 mg/m² 5-氟尿嘧啶(国药准字 H31020593)静滴,第 1 天,输液泵连续给药维持 24 h。每 3 周重复 1 次为 1 个周期,持续治疗 2 个周期。研究组在对照组基础上加用自拟扶正消癥汤。组方:蜈蚣 3 g,山慈菇、茯苓各 12 g,生甘草、蚤休、全虫各 10 g,炒白术、当归、玄参、夏枯草、姜半夏各 15 g,党参、生黄芪、熟地、白花蛇舌草、牡蛎各 30 g。水煎取汁 200 mL,1 剂/d,分早晚两次服用。持续治疗 6 周。

1.3 观察指标及标准 (1)观察两组患者治疗 2 个周期后临床疗效。完全缓解:治疗后全部肿瘤病灶消失维持 4 周,各项生化指标无异常;部分缓解:治疗后肿瘤病灶直径较治疗前减少 $\geq 30\%$ 维持 4 周;病情稳定:治疗后肿瘤病灶直径较治疗前减少 $< 30\%$,且未出现新病灶;疾病进展:未达到上述标准。总有效率=(完全缓解+部分缓解)/总例数 $\times 100\%$ 。(2)以欧洲癌症研究与治疗生命质量核心量表评估治疗前后生命质量变化,得分越高,生命质量越差^[1-2]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 研究组治疗总有效率显著高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	n	完全缓解	部分缓解	病情稳定	疾病进展	总有效
研究组	36	0(0.00)	13(36.11)	20(55.56)	3(8.33)	13(36.11)
对照组	36	0(0.00)	5(13.89)	18(50.00)	13(36.11)	5(13.89)
χ^2						4.74
P						0.029

2.2 两组治疗前后生命质量评分比较 治疗前两组生命质量评分比较无显著性差异, $P>0.05$;治疗后研究组生命质量评分明显低于对照组, $P<0.05$,

差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组治疗前后生命质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
研究组	36	68.2±4.2	52.2±3.4
对照组	36	69.0±3.3	64.2±3.5
t		0.899	14.755
P		0.372	0.000

3 讨论

胃癌在我国各种恶性肿瘤中居首位。根据相关调查研究显示^[3],超过 70%的胃癌患者早期无明显症状,一旦病情进展到中晚期,会出现消瘦、无力、消化道出血、上腹痛、代谢障碍等症状。因此,胃癌发病具有隐匿性,误诊和漏诊率较高,且预后差,肿瘤细胞极易转移,病死率较高。化疗是临床治疗胃癌的首选方案,能有效延长患者生存期,缓解肿瘤引发的临床症状。但中晚期胃癌患者大多丧失手术治疗时机,且难以耐受或不必要实施根治性放化疗治疗。FOLFOX6 方案是一种姑息性治疗方法,能在一定程度上缓解临床症状,控制肿瘤进展,在改善患者生命质量上具有重要意义。

中医认为,胃癌属“反胃、胃脘痛、聚积、噎膈”等范畴,且多为虚实夹杂之证。胃癌中医辨证分型包括瘀毒内阻型、胃热阴伤型、气血两虚型。因此,临床上治疗中晚期胃癌的关键是消积散结、补益正气。现代中医学认为,脾肾是扶正的关键,肾是先天之本,脾是后天之本,肾阳、肾阴直接影响着五脏的调节。本研究所用自拟扶正消癥汤药方中,白术、黄芪、党参、茯苓等具有宜卫固表、健脾利湿、补中益气之功效;当归、熟地能养血活血、补精益髓;蜈蚣、全虫可通络止痛、散结解毒;白花蛇舌草、蚤休等可消癥散结、清热解毒。现代药理学认为^[4],牡蛎、夏枯草、玄参能抑制肿瘤细胞生长,诱导细胞凋亡,促使机体免疫力提升;蜈蚣、全虫能抑制肿瘤细胞,增强网状内皮功能;蚤休有较好的镇静、镇痛、抗病原微生物作用,还能杀灭部分肿瘤细胞。研究发现^[5],在化疗治疗基础上,加用中医扶正消癥汤,能有效提升中晚期胃癌治疗效果,改善患者生命质量。

本研究结果显示,研究组治疗总有效率显著高于对照组,生命质量评分低于对照组($P<0.05$);与郝淑兰等^[6]研究结果结果相符。说明常规 FOLFOX6 方案化疗联合自拟扶正消癥汤治疗中晚期胃癌患者疗效显著,有利于提高患者生命质量,具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1]朱秋秋.中药联合 FOLFOX6 方案化疗对中晚期胃癌患者生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(9):996-998
- [2]卢岳华.中医辨证结合化疗治疗中晚期胃癌 50 例[J].中国中医药

现代远程教育,2014,12(22):56-57

[3] 余鹏.102 例中晚期胃癌化疗联合中医中药治疗临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2014,25(20):4689-4690

[4] 杨默,李慧.疏肝健脾理气方联合化疗治疗中晚期胃癌疗效观察[J].中医药临床杂志,2015,27(1):79-81

[5] 邹海洲,王海波,袁拯忠,等.化疗联合扶正祛邪法对中晚期胃癌患者生存质量影响的临床研究[J].中华中医药学刊,2012,30(7):1615-1617

[6] 郝淑兰,刘丽坤,王晔星,等.生脉注射液联合化疗治疗中晚期胃癌 33 例临床研究[J].山西中医,2013,29(2):9-11

(收稿日期:2017-08-16)

食管癌给予胸腹腔镜食管癌根治术的疗效探究

刘建斌

(河南省新乡市中心医院胸瘤一科 新乡 453000)

摘要:目的:探讨胸腹腔镜食管癌根治术在食管癌中的应用效果。方法:选取 2015 年 3 月~2017 年 3 月我院收治的食管癌患者 150 例,随机分为对照组和试验组各 75 例。对照组采用常规开胸食管癌切除术,试验组采用胸腹腔镜联合食管癌根治术。比较两组患者手术情况及治疗前后肺功能改善情况。结果:试验组术中出血量、肛门排气时间及住院时间明显低于对照组,淋巴结清除数目明显高于对照组($P<0.05$);治疗前,两组 FVC、FEV₁、FEV₁%Pred 及 FEV₁/FVC 比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后,试验组 FVC、FEV₁、FEV₁%Pred 及 FEV₁/FVC 均明显优于对照组($P<0.05$)。结论:胸腹腔镜联合食管癌根治术治疗食管癌,可明显减少术中出血量,缩短肛门排气时间及住院时间,改善患者肺功能,临床应用价值较高。

关键词:食管癌;胸腹腔镜;食管癌根治术;疗效**中图分类号:**R735.1**文献标识码:**B**doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.051

目前,食管癌主要采用手术方式进行治疗,但传统开胸手术创伤较大,术中出血量多,术后恢复缓慢且并发症多,临床疗效不佳^[1]。随着微创技术的发展,胸腹腔镜在食管癌治疗中的应用逐渐成熟。本研究旨在探讨胸腹腔镜食管癌根治术在食管癌治疗中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月~2017 年 3 月我院收治的食管癌患者 150 例,随机分为对照组和试验组各 75 例。对照组:男 39 例、女 36 例,年龄 46~74 岁、平均年龄(56.31±6.27)岁;试验组:男 40 例、女 35 例,年龄 47~76 岁、平均年龄(56.44±6.32)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 手术方法 对照组行常规开胸食管癌切除术。试验组实施胸腹腔镜联合食管癌根治术。取侧卧位,行双腔气管插管静吸复合全身麻醉,单肺通气,于第 7 肋间腋后线作一切口,置入胸腔镜,探查腹腔,主操作孔置入超声刀,作协助操作孔;游离食管,清扫纵膈区域淋巴结;取脐下切口,建立人工气腹,置入腹腔镜,探查腹腔情况,作主操作孔置入超声刀游离胃部,夹闭胃左动静脉,保留胃网膜右血管;游离食管腹端,切除病灶,行胃食管吻合,缝合切口,术毕。

1.3 观察指标 观察两组术中出血量、淋巴结清除数目、肛门排气时间及住院时间;记录患者治疗前后的 FVC(用力肺活量)、FEV₁(第 1 秒用力呼气量),同时计算 FEV₁ 占预计值的百分比 (FEV₁%Pred) 以及 FEV₁/FVC 值。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS20.0 统计学

软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术情况比较 试验组术中出血量、肛门排气时间和住院时间均明显低于对照组,淋巴结清除数目高于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者手术情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中出血量 (ml)	淋巴结清除 数目(个)	肛门排气 时间(h)	住院时间 (d)
试验组	75	107.59±14.67	16.98±4.62	32.36±1.47	12.52±4.17
对照组	75	169.24±18.06	15.57±3.46	58.85±2.47	22.68±4.59
t		31.204	3.385	10.427	8.101
P		0.000	0.011	0.000	0.000

2.2 两组患者治疗前后肺功能比较 治疗前两组 FVC、FEV₁、FEV₁%Pred 及 FEV₁/FVC 比较无显著性差异, $P>0.05$;治疗后试验组 FVC、FEV₁、FEV₁%Pred 及 FEV₁/FVC 均优于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后肺功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	FVC(L)	FEV ₁ (L)	FEV ₁ %Pred (%)	FEV ₁ /FVC (%)
试验组	75	治疗前	2.57±0.63	1.83±0.66	67.81±26.00	43.86±10.44
		治疗后	3.44±0.75*	2.28±0.80*	80.85±28.43*	70.42±15.27*
对照组	75	治疗前	2.62±0.64	1.82±0.61	67.35±22.82	43.74±10.95
		治疗后	3.01±0.55	2.02±0.42	70.09±16.54	55.94±8.28

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

食管癌是临床常见的恶性肿瘤之一,随着人们饮食结构及生活方式的改变,食管癌发病率逐年增加。寻求一种合理、有效的的手术方法,是食管癌手术治疗研究的一个重点课题^[2]。随着医疗技术的发展和研究的深入,胸腹腔镜手术在食管癌治疗中广泛应用,为其临床治疗研究开拓了新途径。与传统开胸手术相比,胸腹腔镜食管癌根治术创伤更小,可避